…o 2. 50 cent. le Numéro. 1er Septembre 1880.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :		BUREAUX :
France . . . . 5f par an.		Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
É… . . . . 6 »		Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

… demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

… ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
… Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
… …e Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;
… …nonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Œdème aigu primitif des replis aryténo-épiglottiques,

par le docteur E.-J. Moure.

Le 19 avril dernier, le nommé M. F... âgé de vingt-quatre ans, artiste lyrique, vint nous consulter pour un sentiment de gêne qu'il éprouvait à l'arrière gorge surtout au moment d'avaler soit les aliments solides, soit les liquides et en particulier sa salive ; il se plaignait en même temps d'une douleur aiguë du côté droit du larynx, sa respiration n'était embarrassée, que lorsqu'il essayait de marcher un peu vite, il n'avait point éprouvé d'accès de suffocation et s'était du reste rendu chez nous *à pied* sans avoir ressenti d'essoufflement, le malade semblait toujours parler avec la bouche pleine, le chant était absolument impossible. De plus, à tous ces symptômes venait s'ajouter la sensation à l'arrière gorge d'un corps étranger, d'une boule qui lui occasionnait parfois des envies de vomir et presque toujours un besoin d'avaler.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter.

Antécédents morbides. — Pas d'antécédents diathésiques. — Le malade nous dit être sujet à de fréquents maux de gorge, et dans le courant de l'hiver 1879-80 avoir été *huit fois* obliger de cesser son travail, à cause des angines dont il avait été atteint, jamais cependant, il n'avait éprouvé les symptômes qu'il venait de nous décrire, et jamais la maladie n'avait apparu aussi soudainement; en effet, il nous raconte que jusqu'à ces jours derniers, il avait continué à chanter suivant son habitude, lorsque la veille du jour où il

vint nous voir (18 avril) il éprouva peu à peu, *pendant qu'il chantait*, un sentiment de gène au fond de la gorge, il cessa presque aussitôt de chanter et *deux heures après* il avait la sensation de boule qu'il ressentait en venant nous voir.

La pression au niveau du larynx était tout à fait indolore.

Examen. — Le voile du palais, les amygdales, les deux piliers sont le siége d'une rougeur uniforme très intense, il n'existe pas de gonflement de ces parties, tout semble se borner à une simple hypérémie; le pharynx, parsemé de grosses granulations disposées en longues traînées rouges violacées se détachant sur un fond cramoisi, est parcouru par de nombreux vaisseaux dilatés; cette rougeur se continue jusqu'à l'entrée de l'œsophage. L'épiglotte, néanmoins, est absolument saine dans ses deux tiers supérieurs et dans toute sa face antérieure (face linguale), mais à sa partie inférieure, au niveau du point où commencent les replis aryteno-épiglottiques, on constate un *gonflement œdémateux considérable*, qui se continue sur ces replis jusqu'à la partie postérieure du larynx et leur donne l'aspect de deux vessies inégalement pleines adossées par leurs bases; la muqueuse qui les recouvre est rosée, transparente tellement elle est tendue; et pendant les mouvements de phonation, les deux replis ballottent comme deux poches remplies de liquide. (Voir fig. 2.)

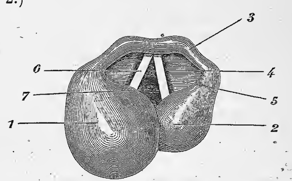


Fig. 2.

L'œdème est surtout marqué du côté droit, et le repli de ce côté fait une saillie plus considérable en dedans et en dehors du larynx, empêchant de voir la partie postérieure des deux cordes vocales. La région intérarytenoïdienne est entièrement effacée par l'adossement de la partie postérieure des

1, 2. Replis ary-épiglottiques œdématiés.
3. Epiglotte.
4. Ventricule de morgani.
5. Ban de ventriculaire.
6. Corde vocale inférieure.
7. Trachée.

deux replis œdématiés. Les deux bandes ventriculaires sont rouges mais non tuméfiées, les cordes vocales inférieures sont normales dans leur tiers antérieur et rosées dans tout le reste des parties que l'on peut apercevoir. La partie postero-supérieure de la trachée est un peu hypérémiée.

L'examen de la poitrine révèle un simple affaiblissement du murmure vésiculaire.

Traitement. — Antiphlogistiques : Bains de pieds fortement sinapisés. — Quatre sangsues en avant du cou. — Gargarisme émollient tiède. — Silence absolu.

Le lendemain matin (20 avril) le malade nous dit avoir peu dormi et craché beaucoup, ne pouvant avaler sa salive ; la respiration est un peu gênée, et la marche difficile. L'examen laryngescopique *ne détermine pas le moindre accès de suffocation* et révèle le même gonflement œdémateux des replis aryténo-épiglottiques.

Le soir, à cinq heures, le malade nous dit que quelques heures après notre examen du matin, vers midi, la gêne à la déglutition avait un peu diminué ; il avait pu déjeuner sans trop de difficultés et la respiration était également plus facile. Un nouvel examen de l'organe nous permit de constater une diminution très notable (près de moitié) de l'œdème. Nous continuons le traitement institué la veille en y ajoutant un paquet de sulfate de soude de 10 grammes à prendre le matin à jeûn, pendant cinq jours, à partir du lendemain.

A dater de ce moment, l'œdème continue à disparaître peu à peu et avec lui tous les symptômes qui l'avait occasionné ; sensation de corps étranger à l'arrière-gorge ; gêne et douleur à la déglutition ; dyspnée, caractère de la voix. La rougeur du pharynx et du fond de la gorge est également très atténuée.

Le 23 avril, cinq jours après le début de la maladie, toute trace de gonflement a disparu sur les replis aryténo-épiglottiques ; la muqueuse de cette région est rouge et comme au début d'une inflammation catarrhale, les cordes vocales inférieures sont un peu rosées dans leur partie postérieure, leur aspect général est un peu terne et dépoli.

Attouchement de ces parties avec une légère solution de chlorure de zinc. Défense absolue de chanter et de fumer; suppression du reste du traitement.

Cet état persiste pendant quelques jours ; nous alternons les attouchements au chlorure de zinc avec des cautérisations au nitrate d'argent, solution au 1/60, et le 3 mai, le

malade peut reprendre sa profession de chanteur, n'offrant plus aucune trace de la maladie dont il vient d'être atteint.

Ajoutons que durant sa maladie, les urines du malade n'avaient présenté aucune trace d'albumine.

La laryngite œdémateuse est rarement primitive, ont dit avec raison, MM. Krishaber et Peter, dans leur remarquable article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1). En effet, autant il est commun de constater cette lésion à un degré plus ou moins prononcé dans le cours de la plupart des affections chroniques de l'organe vocal (tuberculose, syphilis, cancer, etc.), autant il est rare de voir pendant une laryngite catarrhale, l'intensité du mouvement fluxionnaire devenir assez considérable pour déterminer l'infiltration du tissu sous-muqueux qui tapisse le larynx; l'ingestion d'une substance corrosive, telle que acide nitrique, sulfurique, etc., une brûlure due au contact d'un liquide bouillant, introduit dans la bouche, sont des causes suffisantes pour déterminer l'éclosion d'une laryngite œdémateuse suraiguë, rapidement mortelle (2); l'impression du froid détermine beaucoup plus rarement des phénomènes aussi intenses et les cas de ce genre, signalés jusqu'à ce jour, sont encore peu nombreux. Sestier (3), dans son admirable travail sur l'angine laryngée œdémateuse ne signale que deux observations dans lesquelles l'œdème des replis aryténo-épiglottique s'est montré *subitement* chez des individus jouissant d'une santé parfaite, et *non convalescents*; il s'agissait de deux ouvriers, l'un âgé de soixante ans environ, l'autre de trente-deux ans, qui s'exposèrent au froid humide et à la pluie, le corps échauffé par des travaux forcés, ils péri-

(1) Tome I. Deuxième série, p. 611.

(2) Cette dernière cause se rencontre principalement dans les pays où l'on a l'habitude de prendre du thé (Amérique du Nord, Russie, Angleterre, etc.) et où les enfants et quelquefois même les adultes essayant de boire au bec de la théière se brûlent gravement la bouche et le fond de la gorge. C'est ce qui résulte d'un travail publié par le docteur Jameson dans le *Dublin quartely* journ. (Grisolle, traité path. Int., p. 357.

M. Macerwen a rapporté une observation de ce genre dans laquelle il combattit la dyspnée par le tubage du larynx pratiquée par la bouche, l'observation rapportée tout au long dans le *Brit. medic.* journal du 28 décembre 1878; se trouve résumé dans la *Revue des sciences médicales.* (T. 14. p. 302).

(3) Sestier. — *Traité de l'angine laryngée œdémateuse.* (Paris 1852. p. 81).

rent suffoqués en vingt-quatre heures. On trouva l'orifice supérieur du larynx oblitéré par un gonflement œdémateux; le tissu cellulaire était infiltré d'une « *tumeur aqueuse et gluante*, » l'épiglotte avait le volume d'une grosse aveline. Nulle trace d'inflammation (Saissy). Il nous paraît probable, ajoute l'auteur, que l'œdème laryngé dont ils ont été affectés a été subordonné à une phlegmasie superficielle et commençante du larynx, phlegmasie qui aura disparu après la mort, ne laissant d'autre trace de son rapide passage que l'œdème lui-même. (1)

Ces deux cas peuvent être rapprochés du fait signalé par Trousseau dans ses *Cliniques médicales* (3); se trouvant à l'hôpital Necker, dans la chambre du vestiaire au moment de commencer sa visite, on vint l'avertir en toute hâte qu'on apportait à l'hospice un homme qui se mourait dans d'épouvantables accès de suffocation. C'était un vigoureux individu de trente-cinq ans, qu'on avait ramassé sur le boulevard des Invalides. Sa respiration gênée au plus haut point, faisait entendre dans les mouvements d'inspiration un sifflement laryngé, l'expiration était un peu moins difficile. *Le doigt introduit profondément dans la gorge* permit de constater une tuméfaction considérable de l'épiglotte et des ligaments aryténo-épiglottiques. Le malade, après avoir fait la veille de copieuses libations, avait dormi à la belle étoile, par une nuit froide, et le matin, à son réveil, il avait ressenti un violent mal de gorge accompagné d'oppression qui en une heure ou deux était arrivée au point décrit plus haut. Le pharynx était rouge, le voile du palais tuméfié, et la luette œdématiée ressemblait à une graine de raisin jaune. On fit la trachéotomie et le malade guérit en quelques jours. Sous l'influence d'un refroidissement, ajoute le maître, cet homme avait pris une angine catarrhale, une violente inflammation qui, envahissant toute la gorge, s'étendant jusqu'à l'entrée du larynx, avait frappé l'épiglotte et les ligaments aryténo-épiglottiques, comme elle avait frappé le voile du palais et la luette; de ce fait et d'une autre observation d'une femme couchée au n° 20, salle Saint-Bernard, ayant été atteinte d'affection laryngée avec des caractères aussi alarmants sous la dépendance d'une inflammation catarrhale du pharynx, on peut conclure que la *pharyngite catarrhale* peut-être une cause de l'angine laryngée œdémateuse.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 20 juin 1876, p. 565.

En 1876, *M. Laveran* (1) a également communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris, au nom de M. Richard, médecin aide-major à Belfort, l'observation d'un militaire qui était atteint d'une angine simple et qui après quelques jours de traitement était sorti guéri, et avait repris son service; le lendemain matin, il eut un accès de suffocation et mourut asphyxié avant qu'on ait eu le temps de lui pratiquer la trachéotomie.

On trouva à l'autopsie les amygdales rouges, tuméfiées, ainsi que la paroi postérieure du pharynx, et les *replis aryténo-épiglottique également tuméfiés et infiltrés*. La glotte était normale.

A cette même séance, M. Brouardel dit avoir aussi observé un cas analogue, mais dans lequel le malade avait présenté de l'aphonie avant les accidents d'asphyxie.

Nous aurons terminé l'énumération, presque complète, des cas *d'œdème aigu* du larynx, survenus sous l'influence du froid, signalés jusqu'à ce jour, lorsque nous aurons rapportés les cinq observations suivantes dont nous avons trouvé le résumé dans la *Revue des sciences médicales*.

Dans le premier fait rapporté devant la Société clinique de Londres, il s'agissait d'un cocher qui à la suite de fatigues excessives, de refroidissement, ressentit soudainement une vive oppression, et des troubles très grands à la déglutition.

L'auteur, P. Thornton, vit *au laryngoscope* une masse œdémateuse occupant la place de l'épiglotte, les cartilages aryténoïdes présentaient un aspect analogue. Le malade était sobre et n'avait jamais eu de syphilis. Thornton pense que l'œdème laryngé peut se montrer même sur une muqueuse non enflammée, il dit même avoir vu deux autres cas de ce genre et il propose d'enrichir la pathologie laryngée d'un nouveau chapitre sous le nom : d'œdème aigu du larynx, qu'il faut distraire de la laryngite aigue (2).

M. G. Lefferts a publié six cas d'œdème aigu de la glotte dont trois seulement étaient dus au refroidissement; dans le premier, l'œdème occupait tout le côté gauche du cercle formé par les aryténoïdes, les replis aryténo-épiglottiques et l'épiglotte, tandis que les parties voisines du larynx et du

(1) Trousseau. — *Clinique medic. de l'Hôtel-Dieu* (Paris 1877, T. I. p. 651).

(2) *Revue d'Hayem* T. 8. p. 726. (Extrait du *Brit. medic* journ. p. 258, 26 février 1876).

pharynx étaient profondément congestionnées. Dans le deuxième, l'œdème occupait tout l'orifice supérieur du larynx, et enfin, dans le troisième, (sixième cas de l'auteur) il s'agissait d'un enfant de cinq ans qui présentait tous les symptômes d'une dyspnée intense. L'examen laryngoscopique permit de voir la cavité laryngienne enflammée, les cordes vocales légèrement congestionnées, mais distantes l'une de l'autre, et au-dessous de ces dernières, des saillies rouges arrondies, qui occupaient les deux côtés, et la partie supérieure du canal aérien avec une étroite fissure au milieu, entourant ainsi le larynx. La lésion semblait tenir plus de l'inflammation que de l'œdème, ajoute l'auteur (1).

La description de la lésion observée chez cet enfant, nous paraît être le véritable œdème sous-glottique, œdème qui est presque toujours de nature inflammatoire, et que nous avons vu plusieurs fois chez des malades tuberculeux.

Enfin, le cinquième cas signalé par Andrew Smith, est celui d'un enfant âgé de sept ans qui en mangeant une pomme sentit quelque chose s'attacher dans sa poitrine et présenta un enrouement manifeste ; *quatre jours après,* la dyspnée se déclara avec une telle intensité que la trachéotomie devint nécessaire ; le lendemain, on constate que l'air ne traverse pas le larynx, le surlendemain, l'enfant rejette soudainement par la bouche une quantité abondante de matière muco-purulente, le soulagement augmente de jour en jour, le huitième jour on retire la canule (2).

(A suivre.) Dr E.-J.-Moure.

(1) *Revue d'Hayem* T. II. p. 269. (Extr. du *New-York medic.* journ. Avril 1877).

(2) *Revue d'Hayem* T. 13. p. 709 (Extr. du *New-York medic.* journ. Janvier 1879).

Note sur la déglutition et le gargarisme d'après de nouvelles recherches expérimentales à l'aide du laryngoscope.

Par le Dr H. Guinier, agrégé libre, médecin à Cauterets (1).

L'entrée du larynx est *protégée* contre l'introduction possible : 1° des corps étrangers, venus du dehors mais non en-

(1) Présentée à la Société de médecine de Marseille,

traînés par l'air de l'inspiration ; 2° et des aliments, dans leur trajet de la bouche dans l'œsophage et l'estomac, par une série de précautions qui se renforcent les unes les autres. L'agent principal et suffisant de cette protection, c'est l'*occlusion spontanée de la glotte*, soit qu'elle agisse seule, soit qu'elle se renforce d'un mince filet d'air expiré ou des secousses violentes de la toux. Mais son mécanisme le plus complet pour le transport des aliments et des boissons, c'est la *déglutition*, dans laquelle l'épiglotte joue le rôle d'organe accessoire et de régulateur.

A. — Par *l'occlusion spontanée de la glotte*, nous tolérons dans le pharynx œsophagien tout corps susceptible d'insalivation et le liquide d'un gargarisme, pendant tout le temps que la respiration peut rester suspendue ou pendant la durée d'une lente expiration, en un mot, pendant tout le temps qui sépare une inspiration de l'inspiration ou *reprise* suivante.

B. — A l'aide de l'*épiglotte*, les corps étrangers destinés à être avalés sont arrêtés à l'entrée même des voies respiratoires comme contre la margelle d'un puits. Leur présence sur ce *palier d'attente* (fossettes glosso-épiglottiques, éveille une *sensation spéciale* (besoin de déglutir) qui met en mouvement, par action réflexe, le mécanisme instantané de la déglutition.

C. — Par la *déglutition*, nous nous débarrassons dans l'œsophage de tout corps en danger *immédiat* de s'engager dans les voies respiratoires par l'ouverture du larynx.

Hors du repas, l'épiglotte, complétée par les replis glosso-épiglottiques, arrête, comme le ferait une écluse, tout ce qui s'écoule et glisse de la bouche vers le puits œsophagien, jusqu'à ce qu'une déglutition la débarrasse de son fardeau.

Pendant le repas, les déglutitions se produisent *à mesure de l'accumulation dans les fossettes glosso-épiglottiques des bouchées alimentaires réduites en pulpe par la mastication et l'insalivation.* La *bouchée alimentaire*, ainsi transformée en *pulpe* ou *bol* et parvenue *au-delà de l'isthme du gosier*, contre la face linguale de l'épiglotte, remplit progressivement les fossettes glosso-épiglottiques et y provoque le besoin de déglutir.

Sous la première impression de ce besoin, les *constricteurs* entrent en scène; au moment même où le déplace-

ment du larynx va commencer, le *constricteur supérieur* se contracte; il rétrécit ainsi l'entrée du pharynx œsophagien au niveau de l'épiglotte, de manière à maintenir le bol prêt à dépasser le bord libre de l'épiglotte et à verser dans le larynx.

En même temps, le *voile du palais* se relève à la rencontre du constricteur supérieur contre lequel il appuie son *bord libre* et la *luette*, et il ferme ainsi le pharynx nasal. Les piliers du voile se rapprochent, et avec l'aide du dos de la langue, ferment l'isthme du gosier.

Le bol ainsi fait prisonnier dans les fossettes glosso-épiglottiques, n'a d'autre issue que l'œsophage, et sa déglutition s'y opère en effet, en un seul temps et d'un seul bond, de la manière suivante :

La respiration s'arrête; la glotte se ferme; le corps du larynx est porté en haut et en avant, sous les cornes de l'os hyoïde; la langue se gonfle, s'élève, va chercher un point d'appui contre le voile du palais *qu'elle refoule ainsi vers le pharynx nasal; sa base tire sur la charnière de l'épiglotte et retourne les fossettes glosso-épiglottiques comme le fond d'un sac*; et l'épiglotte bascule en arrière comme la cuiller d'un inodore, laissant s'écouler dans le trou œsophagien la masse pulpeuse qu'elle retenait jusque-là.

La nature visqueuse et adhérente du bol retarderait sa chute; mais le déplacement du corps du larynx a pour conséquence de raccourcir en hauteur le pharynx œsophagien et de l'élargir d'arrière en avant en *séparant l'une de l'autre* les parois de l'œsophage normalement en contact et accolées contre la colonne vertébrale. Cet *entrebaillement de l'œsophage* agit comme une *ventouse;* il aspire brusquement le bol, que rien ne retient plus au-dessus de la margelle épiglottique abaissée comme un pont-levis, et le force à se précipiter en un seul temps et d'un seul bond, dans le canal œsophagien, à une profondeur inférieure à celle du corps du larynx.

L'entrée du larynx se trouve ainsi protégée à chaque déglutition, par trois ordres de protections qui s'associent et se succèdent de la manière suivante :

I. — L'*épiglotte* intervient la première. Elle suffit d'abord à la protection tant que la respiration peut se maintenir sans danger; mais dès que, par son volume, le bol tend à dépasser son bord libre et qu'il devient ainsi susceptible d'être

entraîné dans le larynx avec l'air de l'inspiration, la barrière épiglottique devient insuffisante et une seconde protection entre en jeu.

II. — Cette seconde protection, c'est la *déglutition* elle-même. L'épiglotte manifeste son insuffisance par la sensation spéciale (besoin de déglutir) que le bol y éveille. La sollicitation et l'exigence de ce besoin sont proportionnelles à la masse du bol. Cet avertissement, d'ordre sensitif, provoque l'intervention de la déglutition et règle son opportunité en précisant le moment de son action.

III. — Enfin l'*occlusion spontanée de la glotte* agit la dernière. Elle complète et renforce le mécanisme de la déglutition au moment où celle-ci s'accomplit.

Mais, à elle seule et en dehors de toute déglutition, elle *suffit à la protection*, ainsi que le démontre la pénétration de la gorgée du gargarisme dans le pharynx œsophagien et jusque dans la cavité vestibulaire.

C'est ce que j'ai appelé le *gargarisme laryngien.*

Arrivé à cette profondeur, le liquide du gargarisme peut être aisément rendu par le nez comme la fumée du tabac.

C'est ce que j'ai appelé le *gargarisme laryngo-nasal.* Depuis seize ans j'en vulgarise la pratique à Cauterets.

Revue Bibliographique.

Traité des maladies de la gorge (pharynx, larynx, trachée) et du nez.

Par le Dr Morell-Mackenzie, médecin en chef de l'hôpital pour les maladies de la gorge, de la poitrine, etc., etc. (Londres, juin 1880).

Le docteur Morell-Mackenzie vient de faire paraître à Londres, la première partie de son *Manuel des maladies du larynx et du nez.* Cette œuvre nouvelle a reçu en Angleterre l'accueil le plus flatteur ; elle obtiendra chez nous, nous en sommes sûrs, un grand et légitime succès.

Cet important ouvrage est le résumé de l'expérience acquise en dix-huit années de pratique et d'enseignement, par le célèbre laryngoscopiste anglais ; aussi regrettons-nous de ne pouvoir donner à notre travail tous les développements que comporterait une pareille étude.

Ce premier volume (in-8° de 601 pages), forme un traité

des plus complets sur les affections du pharynx, du larynx et de la trachée.

Le second volume, déjà sous presse, mettra dans un nouveau jour, d'une manière originale et savante, les maladies de l'œsophage, des cavités nasales et du cou.

Ce qui distingue les écrits du savant médecin spécialiste de Londres, c'est avant tout la méthode et la clarté. Ces qualités dominantes se retrouvent à un plus haut degré encore dans l'œuvre importante qu'il vient d'offrir au public savant des deux mondes.

Nous allons analyser, en le parcourant, l'article pharynx pour donner une idée générale du plan de l'ouvrage et de la division du sujet.

L'auteur consacre d'abord quelques pages à l'anatomie du pharynx et du voile du palais ; il donne des conseils utiles sur la manière de procéder à l'examen de cet organe, et décrit les instruments les plus usités. Citons en passant le tonsillitome de Physick, en forme de guillotine, modifié par le docteur Mackenzie. C'est, à notre avis, le meilleur et le plus simple des instruments, bien supérieur comme solidité et comme procédé opératoire à celui de Fahnestock, communément employé en France.

Les diverses affections du pharynx ont chacune un chapitre spécial ; nous les indiquerons en suivant l'ordre du livre.

La *pharyngite* ou *angine catarrhale*, l'*uvulite*, l'*abcès rétro-pharyngien*, le *relâchement*, les *ulcérations de la gorge*, l'*angine glanduleuse*, pour laquelle l'auteur propose un traitement local qui donne des résultats excellents, comme nous avons pu nous en convaincre nous-mêmes. Il consiste à toucher isolément chaque granulation avec une composition (London paste) à mélange égal de soude caustique et de chaux éteinte réduite en poudre dans un mortier chaud. On fait avec cette composition et un peu d'eau, une pâte légère que l'on porte délicatement sur chaque granulation, au moyen d'une petite spatule en bois. En continuant cette énumération rapide, mentionnons encore : l'*angine gangréneuse*, l'*angine herpétique*, l'*angine rhumatismale* et l'amygdalite. L'auteur insiste beaucoup sur l'emploi du *gaïac* dans cette dernière affection. Il le donne sous forme de pastilles de 0,20 centigrammes à prendre de deux en deux heures.

L'*hypertrophie des amygdales* est aussi longuement traitée. Les astringents locaux, le perchlorure de fer, les poudres d'alun et de tannin, etc., ne sont, le plus souvent, que des palliatifs ; il faut recourir à l'ablation.

A ceux qui pourraient encore redouter le danger d'une hémorrhagie après l'opération, le docteur Mackenzie répond en donnant le résultat d'une expérience de vingt années pendant lesquelles il n'a eu qu'une hémorrhagie sérieuse. Il n'en a jamais vu qui ait résisté au gargarisme *tanno-gallique* dont il se sert actuellement dans les cas très rares où l'eau froide et la glace n'ont pas suffi à arrêter l'écoulement du sang.

Vient ensuite la description complète des *corps étrangers des amygdales, de la dilatation du pharynx, du cancer du pharynx, des tumeurs bénignes, de l'angine syphilitique, de la pharyngite traumatique, des névroses et des plaies.*

Enfin, le chapitre très remarquable sur la diphtérie, qui a paru séparément, il y a environ dix-huit mois, peu de temps après la mort triste et prématurée de la princesse Alice. Les limites de cet aperçu rapide ne nous permettent pas d'insister longuement sur l'article consacré au larynx, qui est cependant le plus important de l'ouvrage.

L'auteur est là dans son domaine, il conduit le lecteur par la main et sûrement à travers les difficultés inhérentes à cette étude. Le texte est illustré de gravures remarquables destinées à mieux faire saisir tous les détails.

Notons, en passant, la description des différents instruments employés pour le traitement des affections du larynx. La laryngite catarrhale aiguë, la laryngite œdémateuse, les catarrhes chroniques du larynx, les tumeurs bénignes et malignes de cet organe, la syphylis et la phtisie laryngée, les fractures, les corps étrangers, etc. L'étude des différentes paralysies du larynx qui ont été déjà de la part de l'auteur, l'objet de travaux originaux, sont magistralement traitées dans son livre.

Le lecteur y trouvera des aperçus tout nouveaux au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Tout ce qui a rapport à la trachée est approfondi de main de maître et avec les détails que nécessite l'importance du sujet.

Nous aurions aimé, cependant, voir le savant auteur émettre une opinion plus favorable à la thermo-trachéotomie, car nous croyons que cette opération des plus faciles à pratiquer sera bientôt adoptée par tous les médecins qui, ne possédant pas une grande habileté opératoire, redoutent les opérations sanglantes.

Signalons encore un appendice des plus importants où sont énumérées toutes les formules employées à l'Hôpital et particulièrement celles dont se sert le docteur Mackenzie.

Nous y trouvons tout ce qui a trait aux inhalations chaudes, aux *inhalations* en fumée (fuming inhalations), aux *gargarismes*, aux pastilles, (Losenges) aux solutions pour applications locales ou topiques, et toutes les poudres employées en insuflations.

En terminant cette revue, trop courte pour l'importance du sujet, nous pouvons annoncer avec certitude, et c'est pour nous un vrai plaisir, que ce manuel déjà traduit en allemand va paraître très prochainement en français.

Dr Francis Bertier
d'Aix-les-Bains.

Du traitement des cordes vocales par l'érosion de leurs surfaces (sullo scorticamento delle corde vocali.)

Par le docteur Carlo Labus, professeur de laryngoscopie à l'Université de Pavie, directeur du dispensaire des maladies de la gorge à l'hôpital Majeur de Milan, etc., etc.

Tel est le titre sous lequel vient de paraître récemment à Milan (7 juin 1880), une intéressante brochure publiée par M. Labus, organisateur du premier Congrès de laryngologie dans cette ville. Le nouveau procédé du scorticamento (écorchure) des cordes vocales qu'il préconise, lui a été suggéré par les résultats médiocres que donnaient les autres moyens de traitement employés, et la lenteur de leur action. C'est surtout chez les chanteurs, dont il a été appelé à en soigner un grand nombre, qu'il propose d'employer son mode de traitement, qu'il pratique avec le polypenquétscher, (pince à polype écraseur) de Turck, et aussi avec une pince dentée dont les branches ont une direction horizontale d'arrière en avant.

Après avoir obtenu une parfaite tolérance du malade pour l'instrument, en introduisant chaque jour, pendant quelque temps, une sonde dans son larynx, il pratique l'anesthésie locale de l'organe vocal par le procédé de Turck-Schrötter, et choisit le moment de l'inspiration pendant lequel le tissu muqueux des cordes vocales est plus facile à saisir.

Avant de citer les conclusions de ce travail disons que l'auteur a surtout observé cette *laryngite chronique circonscrite*, localisée aux cordes vocales chez les chanteurs, et en particulier chez les ténors; en effet, sur 1132 artistes qu'il a soigné il a rencontré deux cent-vingt fois cette forme de

laryngite soit 19,4 p. 100, dont vingt-sept fois sur 260 barytons et basses. Cinquante-cinq fois sur 309 ténors et cent trente-huit sur 563 femmes.

Les 1132 malades soignés par lui peuvent se répartir de la façon suivante :

		Deux cordes atteintes.	Corde droite.	Corde gauche.		
Soprani, mez.-soprani, contr.	563	57	40	41	=	138
Ténors	309	35	14	6	=	96
Barytons et basses	260	19	4	4	=	25
	1132	111	58	51	=	220

Ce qui établit les proportions suivantes :

Barytons et basses	10,3 p. 100.
Ténors	17,7 —
Cantatrices	24 —

En résumé, dit-il :

1° L'inflammation catarrhale du larynx est assez fréquente chez les chanteurs;

2° Cette inflammation reconnaît pour cause principale, en dehors des refroidissements, l'abus des fonctions de l'organe et son usage pendant qu'il est dans un état pathologique;

3° Cette affection passe facilement à l'état chronique se localisant sur les cordes vocales, partie de l'organe qui fonctionne le plus, et elle a pour résultat de déterminer une hyperplasie de la couche épithéliale et du tissu sous-muqueux;

4° Par suite de cet épaississement de la muqueuse qui revêt les cordes vocales, survient une altération de la voix, surtout appréciable pendant le chant, et qui peut empêcher l'artiste d'exercer sa profession.

5° Le traitement par les seuls moyens topiques indiqués par la chirurgie laryngienne est long, et donne rarement une guérison complète, mais bien plus souvent une simple amélioration de courte durée et très souvent un échec;

6° Le procédé de l'érosion (scorticamento) des cordes vocales est non-seulement inoffensif, mais il donne des résultats plus complets, plus durables, et en bien moins de temps que tous les autres moyens. En un mot, il constitue le véritable traitement de l'inflammation hyperplasique des vraies cordes vocales.

Nouveaux instruments.

M. Hardy a présenté à l'Académie de médecine de Paris, (séance du 3 août 1880) au nom de M. le docteur Mathieu, d'Estissac (Aube) une série de petits appareils, appareils destinés à recueillir les vibrations sonores et à les transmettre à l'oreille des sourds par l'intermédiaire des dents ou des os du crâne. Ces appareils sont constitués par des morceaux de carton repliés sur eux-mêmes ; ils ont la forme de cigares ou de fleurs que le sourd serre entre ses dents pendant qu'on lui parle.

Ces appareils ne sont utiles que dans les cas de surdité complète, tenant soit à l'oblitération du conduit auditif externe, soit à une affection de l'oreille moyenne, avec conservation de la sensibilité du nerf auditif. *M. Le Fort* fait observer que dans les mêmes cas, il a vu M. Nélaton employer avec avantage un petit appareil très simple, une canne, un morceau de bois appliqué par un bout, ou il se terminait en crosse, sur le larynx de la personne qui parlait, et saisi par son autre bout entre les dents du sourd. Les vibrations transmises par ce moyen étaient très nettes et très bien perçues.

M. Lasègue ajoute que Beethoven devenu sourd appliquait un morceau de bois sur son piano et en saisissait l'extrémité entre ses dents quand il composait.

Ce procédé est employé depuis un temps immémorial en Chine, dit à son tour M. Larrey.

Nous ne voudrions préjuger en rien de la valeur de ces appareils mais ils nous semblent être une heureuse modification ou plutôt un enjolivement de l'appareil de Colladon de Genève, dont nous avons fait l'essai à l'hospice des Sourds-Muets de Paris avec M. Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de cet établissement ; or, comme on pourra le voir, en lisant les résultats de cet essai dans le remarquable article publié par cet otologiste, sur la surdité (*Annal. des mal. de l'or. et du lar.*, févr. 1880 p. 3), les résultats de l'expérience n'ont pas été ceux auxquels on était en droit de s'attendre. En effet, s'il est vrai que les *vibrations* d'un piano, comme dans le cas de Beethoven cité par M. Lasègue, sont renforcées et seraient plus facilement transmises aux nerfs acoustiques à l'aide de ces appareils, s'il est vrai que *le bruit* est perçu plus nettement ou du moins

plus fortement, grâce à la transmission directe par les dents ou les os du crâne, l'articulation des sons est loin de devenir plus distincte et par conséquent l'audition meilleure. Car, il ne suffit pas d'entendre le bruit que nous produisons en parlant, il faut surtout, comprendre *l'articulation de chaque syllabe et de chaque mot;* or, ces appareils renforçant *les vibrations* de la voix humaine rendent l'articulation moins nette, produisant une résonnance qui gênerait l'audition plus tôt que de la faciliter.

Dr E. J. M.

Polypotome de J. Baratoux.

Cet instrument, construit dans un atelier de M. Ch. Dubois sur les indications de M. J. Baratoux, se compose d'une pince à pansement dont les mors sont remplacés par deux cylindres creux AA qui sont coudés à angle obtus sur leurs branches GG. Ces branches peuvent se désarticuler comme la pince ordinaire. Chacune d'elle porte un anneau I, et un mors H, qui permet de la maintenir fermée. Les tiges creuses AA ont une longueur d'environ 0,06 centimètres.

Le canal qui les parcourt s'ouvre au sommet de l'angle obtus, au point B. L'autre extrémité de ce canal par lequel on voit sortir le fil K est légèrement échancrée sur la face interne. Le tube A est arrondi dans tous les sens si ce n'est du côté interne où il est aplati de manière à permettre l'accollement des deux branches.

Sur la branche droite de la pince est montée une tige carrée J occupant toute la longueur de cette branche avec laquelle elle s'articule par ses extrémités seulement. Cette branche porte près de l'angle obtus un petit anneau soudé C dans lequel passent les deux extrémités du fil après leur sortie des trous BB. Devant cet anneau C, la tige J est creusée d'une gouttière qui facilite le glissement du fil à sa sortie des trous BB. Cette tige présente encore un curseur E portant sur sa face supérieure un bouton D destiné à attacher les extrémités du fil. Sur la face externe de ce curseur est un anneau F. Le curseur E peut se mouvoir sur toute la longueur de la tige J.

On comprend facilement la manœuvre de cet instrument.

Après avoir disposé la longueur de l'anse suivant les dimensions de la tumeur que l'on se propose d'exciser, on introduit l'instrument dans le conduit, puis on écarte ses branches AA de manière à saisir convenablement la base du

néoplasme. On ferme alors la pince au moyen du mors H, et on attire vers le point I l'anneau F qui se trouve près du point C. La section du polype est complète, grâce aux échancrures situées sur la face interne des branches AA, où l'anse K vient se placer quand le curseur est arrivé au terme de sa course.

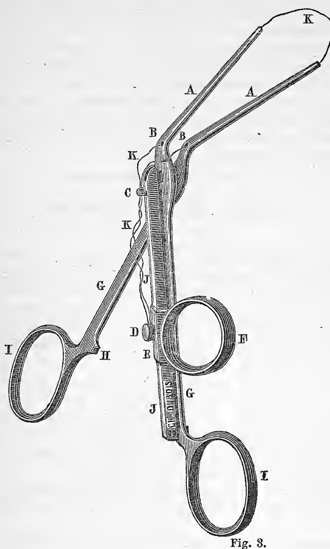


Fig. 3.

Fermé, ce polypotome représente celui de Wilde ; il a de plus l'avantage de pouvoir être tenu très solidement avec les trois anneaux.

Ouvert, il permet de maintenir fixe l'anse de fil de fer K, qui bascule souvent dans le polypotome de Wilde quand l'anse vient heurter soit le polype, soit la paroi du conduit.

Enfin, cet instrument facilite beaucoup l'introduction de

l'anse autour de la tumeur que l'on peut saisir jusqu'à sa base et exciser entièrement à la première application.

Cet avantage est dû à l'écartement des branches que l'on peut diminuer ou augmenter suivant le volume du néoplasme.

Ajoutons que les branches AA pourraient au besoin servir à écarter les parois de conduit comme on le ferait avec un spéculum bivalve.

Il va sans dire que ce polypotome peut servir pour enlever les polypes du nez. Et, avec un léger changement, on pourrait en faire un instrument destiné à enlever les corps fibreux de l'utérus, ce qui ne serait, du reste, qu'une modification avantageuse des serre-nœuds de Mayor et de Græfe, modification analogue, du reste, à celle que nous venons de faire subir au polypotome de Wilde.

Revue de la Presse.

Corps étrangers des voies aériennes. — Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans détenu à la prison départementale, qui avait l'habitude de garder dans la bouche un caillou en guise de tabac. Dans la nuit du 27 au 28 février 1880, ayant oublié de jeter son caillou avant de s'endormir, il s'éveilla en sursaut en proie à un accès de suffocation. On le transporta aussitôt à l'hôpital ou il fut placé dans le service du docteur H. Nicolas (salle Saint-Augustin, n° 19). M. Fournac, interne du service, auteur de cette observation, fit une application du miroir laryngien qui ne donna aucun résultat. La voix du malade était voilée, la toux fréquente, il avait la sensation d'un corps étranger montant pendant l'inspiration et descendant à l'expiration.

L'auscultation révèle un bruit de frôlement, puis un bruit de soupape pendant l'expiration. La déglutition n'est pas gênée.

On donne au malade 1 gr. d'ipéca qui ne détermine même pas de vomissements, on penche la tête vers le sol, mais on ne réussit qu'à déterminer un accès de suffocation.

Craignant une ulcération de la trachée, on pratique la trachéotomie et on fait des essais d'extraction avec les tenettes, sans résultat.

Le 2 mars, la respiration est nulle du côté gauche.

Le 8, le corps étranger est expulsé pendant un accès de

suffocation ; une pneumonie consécutive se déclare à la base du poumon gauche, près du rachis.

Au mois de juin tout a disparu ; la pneumonie est guérie ; mais le malade a expectoré une lamelle de 2 centimètres de long sur 2 millimètres de large ; elle paraît osseuse et appartient à un cartilage ossifié provenant, sans doute, d'un des anneaux de la trachée.

L'auteur conclut en faveur de la trachéotomie, dans les cas de ce genre, cette dernière ayant au moins l'avantage de toujours laisser une porte ouverte pour l'expulsion du corps étranger. (*Marseille médic.*, 20 juillet 1880 p. 405.)

Traitement de la phthisie laryngée. — Dans ses cours libres à l'École pratique, M. le docteur Cadier insiste sur la nécessité d'employer un *traitement actif* pendant les deux premières périodes de la phthisie, traitement qui, sans donner peut-être une guérison définitive et absolue, procure, du moins, une amélioration considérable.

Tout l'arsenal thérapeutique a été essayé, dit-il, aussi n'ai-je pas l'intention de faire l'énumération des différents traitements préconisés, mais les résultats consignés dans plusieurs de ses travaux ou de ceux de ses élèves, l'autorisent à avancer que l'on doit attendre les meilleurs résultats de l'emploi des préparations créosotées, administrées sous forme de capsules d'huile de foie de morue, contenant 5 centigrammes de créosote par capsule, ou d'huile de foie de morue créosotée, contenant 25 à 50 centigrammes de créosote par cuillerées à bouche. Il recommande surtout d'employer la créosote bien pure, et exempte d'acide phénique. Il recommande également cette substance en attouchements pendant la première et la deuxième période de la maladie associée aux attouchements avec des solutions de chlorure de zinc ou de morphine suivant l'état de la muqueuse. Enfin, dans la troisième période, lorsque survient la dysphagie, il a encore recours aux pulvérisations créosotées ou bromomorphinées (*Concours médic.*, 24 juillet 1880).

Traitement de la Coqueluche. — Le traitement de la coqueluche peut se résumer dans les indications suivantes :

Dans la première période : soigner la bronchite catarrhale par les vomitifs (sirop de poudre d'ipéca), et quelques émollients, prendre des précautions hygiéniques et surtout maintenir le malade dans un milieu d'une température égale.

Dans la seconde période : donner de la belladone (sirop)

associée soit au chloral, au bromure de potassium et à l'aconit.

La teinture de *Drosera* employée à la dose de 10 à 40 gouttes, dans les vingt-quatre heures, a également donné de véritables succès.

M. Cadet de Gassicourt emploie aussi avec avantage, à l'hôpital Sainte-Eugénie, le valérianate de caféïne, mêlé avec du sucre en poudre dans les proportions suivantes :

Valérianate de caféïne.	2 gr. 40
Sucre en poudre	4 —

Mêler et faire 24 paquets.

Deux cuillerées à café par jour, pour les enfants de deux ans et au-dessus. Enfin, alimenter le malade, soutenir ses forces, lui faire tous les jours des frictions sèches sur tout le corps. (*Conc. Medic.*, 7 août 1880.)

Traitement de la diphthérie par le benzoate de soude. — Sur un total de 45 cas de diphthérie, dit le docteur Kien, que j'ai traités par ce médicament depuis quinze mois, et dont 28 appartenaient à des cas graves, tous, sauf un seul, ont guéri, et me guidant sur la marche de la température et ses modifications sous l'influence du médicament à mesure qu'il y en avait de plus fortes doses absorbées (15 à 20 gr. par jour pendant huit à quinze jours chez certains malades) j'ai acquis la ferme conviction que ces heureux résultats étaient dus en grande partie au traitement que j'ai suivi. (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1er août 1880).

Vertige auriculaire. — Nous prenons ce mot dans le sens le plus large, dit le docteur Victor Révillout, auteur de cet article, pour l'appliquer au cas d'une femme qui est entrée le 29 juillet 1880, au soir, à la Pitié, dans le service de M. Lancereaux.

Sans vouloir préjuger en rien de la nature du vertige, il se borne à exposer l'observation de cette malade âgée de quarante ans, qui n'avait aucune espèce de vertige, jusqu'à la dernière semaine avant son entrée à l'hôpital. Elle est blanchisseuse, a toujours été régulièrement menstruée et n'a jamais été enceinte.

Elle eut, au mois de juin dernier, un écoulement de l'oreille gauche, et présente actuellement les signes manifestes d'une tuberculose prononcée.

Au mois d'avril 1880, l'oreille droite commença à couler et l'écoulement se supprima du côté gauche ; la surdité, sans être absolue, devint néanmoins assez prononcée des deux côtés.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle entendit, en se mouchant, un sifflement aigu dans l'oreille droite, et, depuis ce moment, elle fut dans un état de vertige qui n'a pas cessé ; elle éprouve, à droite, un bruissement qu'elle compare à la pluie tombant à verse ; il lui semble que sa tête est serrée dans un anneau rigide. Tous les objets lui paraissent animés d'un mouvement rapide.

Depuis son entrée, elle est au lit, et dès qu'elle se lève, les étourdissements, le bruissement s'accentuent et elle éprouve un sentiment d'oppression ; il lui semble que son cœur bat plus vite, tout semble tourner autour d'elle, et le sol fuir sous ses pas ; sa démarche est celle d'une personne ivre ; tous les bruits réels qu'elle perçoit lui paraissent venir du côté opposé où ils sont produits. Le jour du début de son vertige, elle fit trois chutes qui furent toutes trois accompagnées du sifflement aigu décrit par Charcot, sifflement qu'elle avait déjà perçu en se mouchant. Lors de chaque chute, elle *perd entièrement* connaissance ; il ne serait donc pas exact de dire, ajoute l'auteur, qu'il n'y a jamais de perte de connaissance chez les malades qui tombent sous l'influence du vertige *ab aure lœsa*.

Enfin, un dernier détail à noter c'est que cette femme qui d'ordinaire dormait assez peu, a constamment besoin de dormir (*Gazette des hôpit.*, 5 août 1880, n° 88).

Les différences qui séparaient le vertige de cette femme des symptômes de la maladie Ménière se sont accentuées de plus en plus.

Ainsi tandis que la maladie de Ménière, abandonnée à elle-même va en s'aggravant de jour en jour, jusqu'au moment où la surdité devient complète, une amélioration notable concernant les vertiges s'est produite chez cette malade.

La marche est plus régulière, le sol ne fuit plus sous ses pas, elle n'a plus de nausées se rattachant aux vertiges, mais l'affection pulmonaire continue toujours à progresser. (*Gaz. des hôpit.* 14 août 1880).

De l'iodoforne dans le traitement de l'otorrhée chronique. — L'iodoforme a été préconisé dans l'otorrhée par les médecins américains. Czarda l'a essayé avec succès dans la clinique otiatrique du professeur Zaufal, de Prague (*Wien. Med. Presse*, fév. 1880). Il l'a employé chez 21 malades, dont l'âge variait de 4 à 23 ans. La plupart étaient atteints depuis plusieurs mois, quelques-uns depuis quelques années. L'otorrhée était consécutive à la rougeole, à la scarlatine, au typhus, etc.

Dans la plupart des cas, la membrane du tympan était plus ou moins complétement détruite; dans les autres, elle était tout au moins perforée. La muqueuse des conduits aériens était gonflée et rouge. La sécrétion était très abondante dans beaucoup de cas; chez 5 malades, les deux oreilles étaient affectées. Dans 8 cas, on avait employé pendant plusieurs mois les instillations de nitrate d'argent en solution; chez deux malades, on avait eu recours à la poudre d'alun.

Voici le mode d'administration de la poudre d'iodoforme. Après avoir bien nettoyé les oreilles, on insufflait une quantité, d'abord modérée, de poudre d'iodoforme; plus tard, lorsque la suppuration avait diminué et que l'amélioration s'accentuait, on introduisait jusque dans la caisse du tympan un bourdonnet d'ouate enduite d'iodoforme.

La poudre insufflée ou le bourdonnet d'ouate est laissé en place pendant trois ou quatre jours; chaque fois qu'on le renouvelle, on nettoye soigneusement l'oreille.

La suppuration diminue rapidement dès les premières applications du remède. Le pus ne prend jamais une odeur fétide, même après le séjour prolongé du tampon iodoformé. La cure dure généralement de une à quatre semaines. La muqueuse des voies auditives reprend peu à peu ses caractères normaux.

L'iodoforme agit comme désinfectant, résolutif, et aussi comme couche protectrice. Il a, en outre, l'avantage de ne pas former avec le pus des matières fétiles ou concrétées comme il arrive avec l'alun. L'odeur de l'iodoforme est masquée facilement par l'addition de camphre, d'huile éthérée d'amandes amères, ou de tannin, ou de quelques gouttes d'essence de menthe ou de fenouil. (*France médic.*, 18 Août 1880).

Clinique du Dr E.-J. Moure.

L'ouverture de la clinique libre du docteur E.-J. Moure pour le traitement des maladies du *Larynx*, des *Oreilles* et du *Nez*, aura lieu à Bordeaux dans les premiers jours du mois d'octobre.

Des consultations gratuites seront données à tous les malades indigents les mardi et vendredi de chaque semaine à neuf heures du matin, dans le local destiné à cet effet, 32, rue du Pont-de-la-Mousque (près la Galerie-Bordelaise).

Une fois par semaine, il sera fait aux élèves des conférences cliniques sur ces différentes branches de la pathologie.

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous pardonner une erreur d'impression qui s'est glissée dans la rédaction de la couverture de notre premier numéro, le prix des abonnements a été fixé à 5 fr. pour la France à 6 fr. pour l'étrangers, au lieu de 10 et 12 fr. comme nous l'avions indiqué.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1879-80.

TEYSSÈDRE. — Sur une petite épidémie de diphtérie observée à l'hôpital de la Charité, avec réflexions sur la diphtérie envisagée d'une manière générale.

SOKOLOWSKI. — Quelques remarques sur les complications laryngées de la phthisie pulmonaire.

HALLADE. — Contribution à l'étude du cancer de la partie supérieure du pharynx, et de la perforation consécutive de la base du crâne.

MIOMANDRE. — Contribution à l'étude des surdités d'origine nerveuse.

PRESSE

Muguet primitif du pharynx, par M. DAMASCHINO. (*Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1880, nº 87.)

Carcinomie de la langue et du plancher de la bouche. (*Réveil Médical*, 31 juillet 1880.)

Du traitement de la surdité, d'après la méthode de M. MAGNOT. (*Éducation des sourds-muets. — Gazette Médicale de l'Algérie*, 31 juillet 1880, nº 14.)

Rhinoplastie pour un cancroïde de la totalité du nez, de la joue et de la presque totalité de la lèvre supérieure. Par J. BOCKEL. (*Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1er août 1880.)

Ulcération scrofuleuse du voile du palais. — Malade présenté par M. GUYOT à la Société Médicale des hôpitaux de Paris. (*Union Médicale*, 3 août 1880.)

Laryngite sus-gottique, avec coïncidence de néphrite catarrhale. par M. le prof. Potain, (*Gazette des Hôpitaux* du 5 août 1880.) (1)

Des formes diverses de l'aphasie. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 août 1880, nº 94.)

Des blessures profondes de l'oreille par armes à feu, suivies d'hémorrhagies artérielles, et de la conduite chirurgicale que ces blessures réclament, par M. Demons. (Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux, 24 juillet 1880.)

(1) Voir le Résumé dans notre article sur l'œdéme de la glotte. (*Rev. mens. de laryngol. et d'ot.* 1er septembre 1880, nº 2, p. 27.)

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER, 16, rue Cabirol.